

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  <b>YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ<br/>HASTANESİ</b>                                                                                                                                                                                      |  | <b>ANESTEZİ ÖNCESİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                          |      |
| Hasta Adı Soyadı:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Bölüm:                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tanı:                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | <input type="checkbox"/> Yatan<br><input type="checkbox"/> Günübirlik<br><input type="checkbox"/> Acil<br><input type="checkbox"/> Elektif |      |
| ID No:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cinsiyet: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| Doğum Tarihi:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Boy cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ağırlık: kg                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Planlanan Ameliyat / Girişim:               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| ANESTEZİ VE CERRAHİ / GİRİŞİM ÖYKÜSÜ:                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Zor Entübasyon <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Aile Hikayesi <input type="checkbox"/> Özellik Yok <input type="checkbox"/> Sorunlu |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Önceki Anesteziler <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sorunlu |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| SİSTEM DEĞERLENDİRMESİ                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | LABORATUVAR VERİLERİ                                                                                                                       |      |
| KARDİYOYASKÜLER <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NÖROLOJİK <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | GASTROİNTESTİNAL <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             | PEDIATRİ <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       | <input type="checkbox"/> Hb/Hct                                                                                                            |      |
| (Normal değil ise aşağıda belirtiniz)                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | (Normal değil ise aşağıda belirtiniz)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | (Normal değil ise aşağıda belirtiniz)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             | (Normal değil ise aşağıda belirtiniz)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | <input type="checkbox"/> Tromb./Lök.                                                                                                       |      |
| <input type="checkbox"/> KAH<br><input type="checkbox"/> MI<br><input type="checkbox"/> HT<br><input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği<br><input type="checkbox"/> Valvüler yetmezlik<br><input type="checkbox"/> Periferik Damar Hst.<br><input type="checkbox"/> Hiperlipidemi<br><input type="checkbox"/> Diğer |  | <input type="checkbox"/> Nöbet<br><input type="checkbox"/> Yüksek İKB<br><input type="checkbox"/> Serebrovasküler hst.<br><input type="checkbox"/> Nöromusküler hst.<br><input type="checkbox"/> Diğer<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                     | <input type="checkbox"/> PÜ-Gastrit<br><input type="checkbox"/> G.E. Reflü<br><input type="checkbox"/> Diğer<br><b>HEMATOLOJİ</b> <input type="checkbox"/> Normal<br>(Normal değil ise aşağıda belirtiniz)<br><input type="checkbox"/> Anemi<br><input type="checkbox"/> Koag. Bozukluğu<br><input type="checkbox"/> Kan Transfüzyonu<br><input type="checkbox"/> Diğer |                                             | <input type="checkbox"/> Prematüre-Apne<br><input type="checkbox"/> Konjital-Genetik Anmali<br><input type="checkbox"/> Diğer<br><b>OBSTETRİK</b> <input type="checkbox"/> Normal<br>(Normal değil ise aşağıda belirtiniz)<br><input type="checkbox"/> Preeklampsi-Eklampsi<br><input type="checkbox"/> Prematüre-Apne<br>Son Adet Tarihi:<br>Oral Kontraseptif Kullanımı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var |       | <input type="checkbox"/> PTZ/INR                                                                                                           |      |
| SOLUNUM <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | BÖBREK <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | KARACİĞER <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             | ENDOKRİN <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       | <input type="checkbox"/> APTT                                                                                                              |      |
| (Normal değil ise aşağıda belirtiniz)                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | (Normal değil ise aşağıda belirtiniz)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | (Normal değil ise aşağıda belirtiniz)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             | (Normal değil ise aşağıda belirtiniz)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | <input type="checkbox"/> Glukoz                                                                                                            |      |
| <input type="checkbox"/> KOAH<br><input type="checkbox"/> Astım<br><input type="checkbox"/> Diğer                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Renal Yetmezlik<br><input type="checkbox"/> Diğer                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Hepatit<br><input type="checkbox"/> Diğer                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             | <input type="checkbox"/> Troid Hst.<br><input type="checkbox"/> Diabet<br><input type="checkbox"/> Diğer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       | <input type="checkbox"/> BUN/Kr.                                                                                                           |      |
| FİZİK MUAYENE                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | <input type="checkbox"/> AST/ALT                                                                                                           |      |
| KB: mmHg                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Nabız: /dk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     | s.s.: /dk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             | Vücut Isısı: C°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | <input type="checkbox"/> Q2 Sat. (%)                                                                                                       |      |
| Ağrı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Skor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | <input type="checkbox"/> Ag / Ab seropozitifliği                                                                                           |      |
| Kardiyovasküler:<br>Akciğer:<br>Ekstremiteler:<br>Nörolojik:                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | Havayolu:<br>Dişler:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | <input type="checkbox"/> Diğer                                                                                                             |      |
| Notlar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | TANISAL VERİLER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| KULLANDIĞI İLAÇLAR: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | <input type="checkbox"/> EKG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | <input type="checkbox"/> Akciğer Grafisi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | <input type="checkbox"/> EKO-EF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | <input type="checkbox"/> Anjio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| ASA FİZİKİ DURUM                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | PLANLANAN ANESTEZİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6<br><input type="checkbox"/> ELEKTİF <input type="checkbox"/> ACİL                                                                                |  | <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> KSE <input type="checkbox"/> PSB <input type="checkbox"/> Pleksus Bloğu <input type="checkbox"/> MAB <input type="checkbox"/> Lokal Anestezi <input type="checkbox"/> TIVA <input type="checkbox"/> Sedasyonlu <input type="checkbox"/> Sedasyonsuz |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | ÖZEL MONİTORİZASYON / HAVAYOLU / AMELİYAT ÖNCESİ İSTEKLER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| PREMEDİKASYON                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | İLAÇ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DOZU                                                                                | ZAMANI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Açık Süresi Başlangıcı: Saat 'dan/den Sonra |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| İSTEMLER ( KONSÜLTASYON, LABORATUVAR, YOĞUN BAKIM, DİĞER )                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| İSTEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | NEDENİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | SONUÇ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                            |      |
| •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                            |      |
| •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                            |      |
| •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                            |      |
| •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                            |      |
| •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                            |      |
| •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                            |      |
| AYDINLATILMIŞ ONAM HAKKINDA BİLGİ VERİLMESİ VE HASTANIN UYGULAMAYI KABULÜ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| Öykünün Alındığı Kişi <input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Yakını                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                            |      |
| DEĞERLENDİREN HEKİMİN ADI SOYADI                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | İMZA                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TARİH |                                                                                                                                            | SAAT |